

Help-seeking for Suicidal Thoughts in the Poisoned Patients at Loghman Hakim Teaching Hospital in Tehran, Iran

Mehrnoosh Inanlou¹, Shaghayegh Basiri², Nasim Zamani³, Hamid Haghani⁴

Abstract

Background & Aims: A history of suicide attempt is the most important risk factor for repeated and successful suicide. Seeking help is essential to access to proper mental healthcare services, and appropriate help-seeking could protect individuals against the risks of suicidal thoughts and behavioral progress in this regard. In addition, seeking help from a professional or personal source that could facilitate access to professional psychological help mitigates or eliminates the immediate risk of successful suicide in those with suicidal thoughts or manifesting suicidal behaviors. The level of help-seeking is higher in the areas where the suicide rate is lower. Considering the role of cultural background in help-seeking, studies must be conducted in Iran to gain insight into the intention of help-seeking for suicidal thoughts. The present study aimed to determine the intention of help-seeking from formal sources for suicidal thoughts and assess its correlation demographic factors in the poisoned patients with a history of suicide attempt prior to the current condition in Loghman Hakim teaching hospital in Tehran, Iran.

Materials & Methods: This cross-sectional, descriptive study was conducted on all the poisoned patients with a history of suicide attempt prior to the current condition, who were being discharged from the men's and women's poison wards of Loghman Hakim teaching hospital affiliated to Shahid Beheshti University of Medical Sciences in Tehran, Iran. In total, 130 patients were selected via continuous sampling from late April to late June, 2019. In addition to the demographic form (age, gender, education level, marital status, occupation status, economic status, number of suicide attempts, family history of suicide, history of receiving consultative and psychological services, history of psychiatric medication use under the supervision of a physician, and history of admission to the psychological ward), data were collected using the general help-seeking questionnaire (GHSQ) developed by Wilson et al. (2005) in Australia for the measurement of help-seeking intentions. To confirm the validity of the GHSQ, the process of translation and re-translation was utilized. Moreover, the reliability of the scale was confirmed by 15 eligible poisoned patients (not the main research units) who completed the questionnaire, and the Cronbach's alpha coefficient was calculated to be 0.70. After obtaining informed consent and explaining the responding process of the questionnaires, the demographic form and GHSQ were completed for each research unit by the researcher based on the responses of the patients within 15-20 minutes at their bedside. Data were obtained from 130 completed questionnaires. Data analysis was performed in SPSS version 20, and descriptive statistics were used in the form of tables and numerical measures in order to describe the research units. To determine the correlations between the demographic variables and help-seeking intentions, the data were analyzed using Pearson's correlation-coefficient, independent t-test, and the analysis of variance (ANOVA) at the significance level of $P < 0.05$.

Results: In total, 76.9% of the participants were female, and the age of the patients was within the range of 18-57 years (mean: 26.76 ± 9.1 years). Among the patients, 40.0% had a high school diploma, 56.9% were single, 61.5% were unemployed, and 41.5% had an average economic status. The number of suicide attempts was 2-14 times (mean: 2.91 ± 2.3), and 11.5% of the subjects had a family history of suicide attempt. In addition, 41.5% had no history of receiving consultative and psychological services, 52.3% had no history of psychiatric medication use under the supervision of a physician, and 20.8% had a history of admission to the psychiatric ward. The help-seeking intentions for suicidal thoughts from formal sources were low, with the mean of 2.51 ± 1.18 (achievable

¹. Instructor, Department of Pediatric and Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

². MS in Psychiatric Nursing, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (Corresponding author) Tel: +989368743343 Email: basiri.sh@tak.iuoms.ac.ir

³. Assistant Professor, Department of Clinical Toxicology, School of Medicine, Loghman Hakim Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴. Instructor, Department of Biostatistics, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

range: 1-7), and the most significant formal sources of help-seeking intentions were psychologists (3.78 ± 2.65), psychiatrists (3.64 ± 2.58), and social services hotlines (2.34 ± 2.08), respectively. Among the demographic variables, no significant correlations were observed between help-seeking intentions from formal sources and age, gender, education level, marital status, occupation status, economic status, number of suicide attempts, history of receiving consultative and psychological services, history of psychiatric medication use under the supervision of a physician, and history of admission to the psychiatric ward. History of suicide attempt in the first-degree family members was the only demographic variable that had a significant correlation with help-seeking intentions from formal sources ($P=0.021$), and the mean score of help-seeking intentions from formal sources was higher in the patients with a family history of suicide attempt.

Conclusion: According to the results, the help-seeking intentions from formal sources for suicidal thoughts were low in the poisoned patients with a history of suicide attempt. Help-seeking is an effective coping strategy when experiencing suicidal thoughts, which facilitates access to professional psychological help and plays a key role in reducing the rate of suicide; therefore, efforts should be made to promote help-seeking. The individuals who are at the risk of suicide need interventions developed to improve mental health care, especially primary care to encourage quicker help-seeking from proper sources. In this regard, measures such as the normalizing of help-seeking from formal sources, expanding insurance coverage to cover mental healthcare services, and improving communication skills in the families of those with a history of suicide could act as the facilitators of help-seeking from formal sources, as well as the training, identification, and referral of these individuals to available professionals, such as teachers and clerics. The familiarity of these individuals with various help-seeking sources (e.g., social aid hotlines and media campaigns) to increase the level of help-seeking may also facilitate the access of individuals to proper help-seeking sources. Moreover, the barriers against help-seeking in the individuals attempting suicide must be identified and mitigated. In this study, only about half of the individuals with a history of suicide attempt had a history of visiting a professional psychologist or using psychiatric medications under the supervision of a physician, while their intention of help-seeking from formal sources was relatively low. Therefore, the prevention of suicide required investment for creating a positive image of mental health care, which must be made accessible to the highest extent possible to the individuals who need to seek help from formal sources.

Keywords: Help-seeking, Suicide, Poisoned

Conflict of Interest: No

How to Cite: Inanlou M, Basiri SH, Zamani N, Haghani H. Help-seeking for Suicidal Thoughts in the Poisoned Patients at Lohman Hakim Teaching Hospital in Tehran, Iran. *Iran Journal of Nursing*. 2020; 32(122):91-106.

Received: 21 Nov 2019

Accepted: 17 Feb 2020

یاری جویی برای افکار خودکشی در مسمومین مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم تهران

مهرنوش اینانلو^۱، شقایق بصیری^۲، نسیم زمانی^۳، حمید حقانی^۴

چکیده

زمینه و هدف: داشتن سابقه اقدام به خودکشی، مهم‌ترین عامل خطر مرگ بر اثر خودکشی است. یاری جویی مناسب، دارای توانایی محافظت از فرد در برابر خطرات ناشی از پیشرفت افکار و رفتار خودکشی می‌باشد. مطالعه حاضر با هدف تعیین قصد یاری جویی از منابع رسمی در مسمومین با سابقه قبلی اقدام به خودکشی پیش از مورد فعلی در مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم انجام گرفته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی می‌باشد. جامعه پژوهش شامل تمامی مسمومین با سابقه قبلی اقدام به خودکشی پیش از مورد فعلی که در حال ترخیص از بخش‌های مسمومین مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم بودند، می‌باشد. ۱۳۰ نفر با نمونه‌گیری مستمر از اواخر فروردین تا اواخر خرداد ۹۸ وارد پژوهش شدند. فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش نامه یاری جویی عمومی (GHSQ) برای هر نمونه توسط پژوهش‌گر در مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه تکمیل گردید. اطلاعات به دست آمده وارد نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ شد و توسط آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: قصد یاری جویی برای افکار خودکشی از منابع رسمی با میانگین $1/18 \pm 2/51$ در سطح پایین بود. بیشترین قصد یاری جویی از میان منابع رسمی به ترتیب مربوط به روان‌شناسان (میانگین = $3/78$)، روان‌پزشکان (میانگین = $3/64$) و خطوط تلفن‌های امداد اجتماعی (میانگین = $2/34$) بود. تنها متغیر جمعیت شناختی که با قصد یاری جویی از منابع رسمی ارتباط معنی‌دار آماری داشت، سابقه اقدام به خودکشی در اعضای درجه اول خانواده بود ($P = 0/021$).

نتیجه‌گیری کلی: قصد یاری جویی از منابع رسمی در افراد با سابقه اقدام به خودکشی مجدد، پایین بود. از آن جا که یاری جویی یک راهکار مقابله‌ای مؤثر در زمان تجربه نمودن افکار خودکشی می‌باشد و در کاهش میزان خودکشی نقش دارد، تلاش برای ارتقای یاری جویی ضروری می‌باشد.

کلید واژه‌ها: یاری جویی، خودکشی، مسمومین

تعارض منافع: وجود ندارد.

تاریخ دریافت: ۹۸/۸/۳۰

تاریخ پذیرش: ۹۸/۱۱/۲۸

۱. مربی، گروه روان پرستاری و پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
 ۲. کارشناس ارشد روان پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران (*نویسنده مسئول) شماره تماس:

۰۹۳۶۸۷۴۳۳۴۳ Email: basiri.sh@tak.iuums.ac.ir

۳. استادیار، گروه سم‌شناسی بالینی و مسمومیت‌ها، دانشکده پزشکی، بیمارستان لقمان حکیم، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۴. مربی، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

مقدمه

خودکشی یک مشکل بزرگ و متداول سلامت عمومی می باشد^(۱). سازمان بهداشت جهانی خودکشی را به عنوان یک اولویت بهداشت عمومی مشخص کرده و پیشگیری از خودکشی را یک ضرورت در تمام کشورهای جهان عنوان نموده است. در سراسر جهان هر سال هشتصد هزار نفر به علت خودکشی جان خود را از دست می دهند. خودکشی در هر زمانی از چرخه زندگی می تواند اتفاق بیفتد و دومین علت مرگ در میان افراد ۱۵-۲۹ ساله در جهان است^(۲). مرگ بر اثر خودکشی جزء ۱۰ علت اصلی مرگ و جزء ۱۰ علت اصلی سال‌های از دست رفته عمر در بسیاری از مناطق جهان است^(۳). ۷۸ درصد از خودکشی‌های جهان در کشورهای با درآمد کم و متوسط اتفاق می افتد^(۲). بر اساس آمار مؤسسه سنجش و ارزیابی سلامت (IHME)، میزان خودکشی در ایران، در سال ۲۰۱۶ بدون تفکیک بر اساس جنسیت و سن، ۶/۱۶ نفر در هر صد هزار نفر و برای مردان ۱۵-۴۹ ساله، ۱۱/۵۷ نفر در هر صد هزار نفر بوده است^(۴). علاوه بر آمار مرگ و میر ناشی از خودکشی، به ازای هر خودکشی موفق، بیش از ۲۰ اقدام به خودکشی اتفاق می افتد^(۲). آمار اقدام به خودکشی در ایران، در سال ۹۷، به حدود ۱۲۵ در هر صد هزار نفر رسیده است که این آمار، بخش کمی از واقعیت یا همان نوک کوه یخ را نشان می دهد^(۵).

داشتن افکار و پیشینه اقدام به خودکشی، به تنهایی مهم ترین عامل خطر مرگ بر اثر خودکشی می باشد^(۲). بر اساس پژوهشی در ایرلند، ۴۸ درصد از افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشته‌اند، مجدداً مرتکب خودکشی شده‌اند و ۱۲ درصد از این افراد نیز بر اثر خودکشی مجدد، جان خود را از دست داده‌اند^(۶)، همچنین بر اساس نتایج مطالعه‌ای در ایران نیز ۲۲/۷ درصد افرادی که به دلیل اقدام به خودکشی به اورژانس مراجعه نموده بودند، سابقه خودکشی قبلی داشته‌اند^(۷). افرادی که مرتکب خودکشی می شوند و ناموفق هستند، احتمال دارد که بدون درمان، مجدداً سعی بر خودکشی نمایند. در صورتی که فوراً دوستان و خانواده و

ارائه دهندگان مراقبت بهداشتی علائم را شناسایی کنند و از مداخلات مؤثر استفاده نمایند، خودکشی، مرگ قابل پیشگیری است^(۱). پیشگیری از خودکشی، اغلب وابسته به تمایل شخص، برای افشای تجربیات حال حاضر یا گذشته خود، در مورد خودکشی می باشد^(۸). بر اساس یک توافق عمومی در حال رشد، عمل خودکشی بخشی از رفتارهای پیوسته می باشد که مدت‌ها قبل و بعد از رویداد خودکشی گسترش پیدا کرده است^(۱). بیشتر افراد علائم را حداقل یک سال و افکار خودکشی را از مدتی قبل تجربه نموده‌اند^(۹). ولی با وجود طول مدت و شدت علائم، افراد افکار خودکشی خود را برای ارائه دهندگان خدمات بهداشتی افشا نمی کنند و از فرصت برای درمان جلوگیری می کنند و دسترسی به مراقبت را بغرنج تر می نمایند^(۹،۱۰).

برای دسترسی به خدمات بهداشت روان مناسب، یاری جویی ضروری می باشد^(۱۱). از دیدگاه پیشگیری از خودکشی، یاری جویی مناسب، دارای توانایی محافظت از فرد در برابر خطرات ناشی از پیشرفت افکار و رفتار خودکشی می باشد. مشخص شده است که یاری جویی از یک منبع حرفه‌ای یا شخصی که می تواند، دسترسی به کمک های روان شناختی حرفه‌ای را تسهیل کند، خطر فوری برای خودکشی موفق را در افرادی که افکار خودکشی را تحمل می کنند یا رفتار خودکشی را نشان می دهند، کاهش داده یا از بین می برد^(۱۲). در مناطقی که میزان خودکشی پایین تر می باشد، میزان یاری جویی بیشتر است^(۱۳). اما شواهد نشان می دهند که بیشتر افراد در معرض خطر خودکشی مخصوصاً افرادی که سابقه خودکشی دارند، به دنبال یاری جویی نیستند^(۱۴).

اعتقاد شخص مبنی بر این که افکار خودکشی، ضعف شخصی است و نه یک بیماری، با قصد کمتر برای یاری جویی از منابع رسمی همراه است^(۱۵). بر اساس پژوهشی، خودکشی عمدتاً در مقایسه با سایر مشکلات سلامتی از جمله افسردگی، سرطان ریه، سرطان سینه، دیابت نوع دو و ایدز با سطوح پایین تر افشاگری برای بیشتر منابع یاری جویی و بیشترین میزان یاری جویی از هیچ کس همراه

نتایج پژوهش‌های معدود در افرادی که تجربه خودکشی داشته‌اند، اقدام به خودکشی برای برخی افراد به عنوان حادثه‌ای عمل می‌کند که برای برانگیختن یاری جویی در آنان به منظور کمک گرفتن در جهت کاهش تنش، نقش تسهیل‌کنندگی دارد^(۱۱،۲۹). در حالی که در برخی افراد اقدام به خودکشی به عنوان مانعی برای یاری جویی عمل می‌کند^(۳۰) یا ارتباط معنی‌داری با اقدام به خودکشی ندارد^(۱۴،۲۷) و لذا نتایج مطالعات نیز ضد و نقیض هستند.

از سویی دیگر، یاری جویی تنها با ساختار شخصیتی افراد ارتباط ندارد بلکه تحقیقات نشان داده‌اند که بین مناطق مختلف، نگرش‌های متفاوتی وجود دارد^(۱۳). یافته‌های مطالعات مروری نشان می‌دهند که ارزش‌های فرهنگی خاص، می‌توانند موانع خاصی را برای یاری جویی در زمان افکار خودکشی پرورش دهند یا تشدید کنند. مردم جوامع آسیایی، ممکن است از افشای نگرانی‌های مرتبط با سلامت روان خود برای شبکه اجتماعی خودشان به دلیل نگرانی به خاطر از دست دادن وجهه خود یا تمایل به حفظ هماهنگی گروهی، اجتناب کنند^(۳۱). بیشتر این مطالعات، در کشورهای صنعتی انجام شده است. بنابراین، بررسی این موارد در نمونه‌های گسترده‌تر جامعه و همین‌طور، در کشورهای در حال توسعه، همراه با توجه به نقش زمینه فرهنگی، مورد نیاز می‌باشد. در همین راستا، به نظر می‌رسد که انجام این بررسی در کشور ما نیز به منظور اطلاع از قصد یاری جویی که به منزله راهنمایی برای پیشگیری از خودکشی می‌باشد^(۳۱) ضرورت دارد.

مدیریت بیماران مبتلا به آسیب به خود چند بعدی می‌باشد. بنابراین روان پرستاران به عنوان افرادی که دارای بالاترین سطح تماس با این مددجویان می‌باشند می‌توانند نقش‌های مهمی در پیشگیری از خودکشی ایفاء کنند. تعامل و ارتباط بین افرادی که اقدام به خودکشی نموده‌اند با پرستار، موقعیت ایده آل برای شروع به شکل دادن رفتارهای اجتماعی می‌باشد که در طول دوره‌های دلسردی یا بحران از او محافظت خواهد کرد^(۱). روان پرستاران باید یاری جویی را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مؤثر در زمان تجربه

بوده است^(۱۶). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی نوجوانان مجارستانی انجام گرفت، مشخص گردید که ۳۳/۳ درصد آنان معتقد بودند که افراد باید مشکلاتشان را بدون کمک خارجی اداره نمایند و فقط ۴۷/۹ درصد به افراد در معرض خودکشی توصیه می‌کردند که به متخصصان بهداشت روان مراجعه نمایند و ۷۵ درصد نیز بیان داشتند با دوستی که قصد خودکشی دارد به تنهایی صحبت خواهند کرد^(۱۷).

بر اساس پژوهشی که در مردان کشور ایرلند صورت پذیرفت، اغلب مردانی که خودکشی کرده بودند، بیمارستان را بدون این که توسط تیم روان پزشکی ارزیابی شوند ترک کرده بودند، که علت این اقدام در برخی از آنان این بود که پریشانی‌های عاطفی را به عنوان ضعف نگاه می‌کردند و نگران برچسب خوردن توسط مردان دیگر بودند^(۶). همچنین ایجاد تنش در روابط بین فردی به دنبال اقدام به خودکشی، بر احساسات افراد در معرض خطر خودکشی تأثیر می‌گذارد که به نوبه خود می‌تواند مانع مداخلات مناسب گردد و ممکن است تأثیرات زیان باری بر تبعیت از درمان داشته باشد^(۱۸).

با وجود اهمیت یاری جویی، اما بیشتر مطالعات در حوزه خودکشی در ایران، متمرکز بر میزان آن، ارزیابی و تشخیص، روش‌ها، عوامل خطر و ارتباط بین خودکشی و اختلالات روانی می‌باشند^(۲۳-۲۱۹). این محققان خودکشی را تنها به عنوان یک رویداد و نه یک روند ادامه‌دار مشاهده می‌کنند. در سایر کشورها با هدف تعیین قصد یاری جویی در افراد مبتلا به اختلالات روانی تحقیقات نسبتاً زیادی انجام شده است^(۲۶-۱۵،۲۴) و نظر به این که، خودکشی به خودی خود یک بیماری روانی نیست بلکه یک عمل رفتاری و چند بعدی می‌باشد^(۱۸) بررسی بیشتر آن به صورت جداگانه ضروری است.

پژوهش‌های انجام شده در سایر کشورها نیز غالباً به بررسی قصد یاری جویی بر روی جمعیت عمومی، دانشجویان و دانش آموزان پرداخته‌اند. در حقیقت، این تحقیقات، یاری جویی را در افرادی بررسی می‌نمایند که بیشترشان سابقه اقدام به خودکشی ندارند^(۱۱،۱۴،۲۷،۲۸). علاوه بر این، بر اساس

اواخر خرداد سال ۹۸ و تقریباً به مدت دو ماه با نمونه‌گیری مستمر وارد پژوهش شدند.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش شامل فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش‌نامه یاری جویی عمومی (GHSQ) (General Help- Questionnaire Seeking) بود. فرم اطلاعات جمعیت شناختی شامل جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد دفعات خودکشی، سابقه خانوادگی خودکشی در اعضای درجه اول خانواده، سابقه استفاده از خدمات مشاوره و روان‌شناسی، سابقه استفاده از داروهای روان‌پزشکی تحت نظر پزشک و سابقه بستری در بخش روان‌پزشکی بود. ابزار یاری جویی عمومی در سال ۲۰۰۵ توسط Wilson و همکاران در استرالیا به منظور سنجش مقاصد یاری جویی طراحی شده است. این ابزار از فرمت ماتریسی استفاده می‌کند. سازندگان این ابزار آن را به گونه‌ای طراحی نموده‌اند که محققان بتوانند منابع کمک را خودشان انتخاب کنند. برای پژوهش حاضر، لیستی از هفت منبع رسمی بالقوه یاری جویی (روان‌پزشک، روان‌شناس، تماس با شماره‌های امداد اجتماعی (۱۲۳)، پزشک عمومی، معلم/استاد، روحانی یا رهبر مذهبی، اینترنت) مطرح گردید. با توجه به این که در این پژوهش افکار خودکشی مورد نظر می‌باشد سؤال "اگر شما مجدداً افکار خودکشی داشته باشید، چقدر این احتمال وجود دارد که از افراد زیر کمک بگیرید؟" پرسیده شد و امتیاز هر منبع کمک به صورت نمره بندی لیکرت هفت تایی از (۱= بسیار بعید) تا (۷= بسیار محتمل) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۱ تا ۷ است که نمره بالاتر برای هر یک از منابع نشانه قصد بیشتری برای کمک گرفتن از آن منبع می‌باشد و در نهایت این هفت منبع رسمی یاری جویی در یک دسته قرار داده شد که نمره کل شامل میانگین امتیازات داده شده به هر یک از منابع می‌باشد (۳۲).

جهت تعیین روایی (اعتبار علمی) پرسش‌نامه GHSQ از فرآیند ترجمه- باز ترجمه استفاده گردید و به این منظور در ابتدا ابزار به دو مترجم زبان انگلیسی و آشنا به مفاهیم

نمودن افکار خودکشی^(۱۲) در افراد توسعه دهند و با ارزیابی قصد یاری جویی اشخاص برای افکار خودکشی منابع ترجیحی کمک را شناسایی نمایند^(۳۲).

نظر به این که سابقه اقدام به خودکشی به عنوان مهم‌ترین عامل خطر در خودکشی مجدد و موفق می‌باشد^(۲) گزارش قصد یاری جویی که پیش‌بینی کننده رفتار یاری جویی می‌باشد توسط افرادی که سابقه اقدام به خودکشی مجدد و تجربه زیسته بعد از اقدام به خودکشی دارند، می‌تواند یک منبع ارزشمند آگاهی باشد اما پژوهشی که به بررسی قصد یاری جویی از منابع رسمی برای افکار خودکشی در افرادی که مجدداً اقدام به خودکشی نموده باشند، در میان مطالعات داخلی و خارجی توسط پژوهشگر یافت نشد. بنابراین با توجه به اهمیت موضوع یاری جویی در پیشگیری از خودکشی از یک سو و مطالعات محدود و ضد و نقیض در این زمینه از سوی دیگر، پژوهش حاضر با هدف تعیین قصد یاری جویی از منابع رسمی و ارتباط آن با عوامل جمعیت شناختی در مسمومین با سابقه قبلی اقدام به خودکشی پیش از مورد فعلی در مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم طراحی و اجرا شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه مقطعی از نوع توصیفی می‌باشد. جامعه پژوهش تمامی مسمومین با سابقه قبلی اقدام به خودکشی پیش از مورد فعلی که در حال ترخیص از بخش های مسمومین زنان و مسمومین مردان مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی بودند را شامل می‌شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: محدوده سنی ۱۸ سال و بالاتر، داشتن سواد خواندن و نوشتن، توانایی برقراری ارتباط، تمایل به شرکت در مطالعه و توانایی پاسخگویی به سئوالات پرسش‌نامه. حداقل حجم نمونه در سطح اطمینان ۹۵ درصد و با دقت برآورد نیم نمره و انحراف معیار ۲/۶۵^(۳۲) ۱۰۷ نفر برآورد گردید که در انتها ۱۳۰ نفر از اواخر فروردین تا

نمونه مورد نظر در این مطالعه افراد در حال ترخیص بودند، مراجعه پژوهشگر به بخش‌ها هر روز در نوبت کاری صبح و پس از ویزیت پزشکان صورت پذیرفت. پس از انتخاب نمونه‌ها، پژوهشگر به واحدهای مورد مطالعه اهداف پژوهش را به طور کامل شرح داده و در مورد محرمانه بودن اطلاعات شخصی به ایشان اطمینان داد. در صورت تمایل آنان برای ورود به مطالعه، رضایت نامه آگاهانه گرفته شد و پرسش نامه و نحوه پاسخ‌دهی به آن به طور دقیق توضیح داده شد و توسط پژوهشگر و بر اساس پاسخ مددجو در همان لحظه بر بالین مددجو تکمیل گردید و در صورت ایجاد پرسش یا ابهام برای آنان توضیحات تکمیلی داده شد. مدت زمان پاسخ‌گویی به سئوالات به شرکت کنندگان بستگی داشت و بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. نمونه‌گیری از اواخر فروردین تا اواخر خرداد و تقریباً به مدت دو ماه به طول انجامید.

در نهایت، ۱۳۰ عدد پرسشنامه که به طور کامل تکمیل شده بودند با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند و نتایج حاصل استخراج و تفسیر شد. سپس، ابتدا با استفاده از آمار توصیفی در قالب جدول و شاخص‌های عددی به توصیف واحدهای پژوهش پرداخته شد و جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای جمعیت شناختی با قصد یاری جویی از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون، تی مستقل و آنالیز واریانس استفاده گردید. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها $P < 0/05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج این مطالعه نشان داد که سن واحدهای مورد مطالعه بین ۱۸ تا ۵۷ سال ($26/76 \pm 9/1$) بود. دفعات اقدام به خودکشی در واحدهای مورد مطالعه بین ۲ تا ۱۴ مرتبه ($2/91 \pm 2/3$) بود. سایر مشخصات جمعیت شناختی در جدول شماره ۱ ارائه شده است.

پزشکی داده شد که آن‌ها را به فارسی ترجمه نمودند و سپس متن ترجمه شده توسط مترجم دیگری به زبان انگلیسی باز ترجمه گردید. ضمن مقایسه و تأیید ترجمه انگلیسی با پرسش نامه اصلی، پرسش نامه مجدداً به فارسی ترجمه شد. جهت تعیین روایی فرم اطلاعات جمعیت شناختی از روایی محتوا استفاده شد. سپس فرم اطلاعات جمعیت شناختی و پرسش نامه یاری جویی عمومی در اختیار پنج نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی ایران قرار داده شد و نظرات اصلاحی ایشان اعمال گردید و پس از تأیید نهایی در این مطالعه مورد استفاده قرار گرفت.

Wilson و همکاران در مطالعه‌ای در زمینه افکار خودکشی، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار یاری جویی عمومی را ۸۳ درصد و پایایی آزمون-بازآزمون را در طول یک مطالعه سه هفته‌ای ۸۸ درصد گزارش نمودند^(۳۲). Olivari and Guzman-Gonzalez نیز ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای افکار خودکشی را ۸۷ درصد گزارش نمودند^(۳۳). همچنین در مطالعه زینالی در ایران که بر روی افراد مبتلا به نارسایی قلبی در زمان بروز مشکلات فردی یا عاطفی انجام گرفت، پایایی با ضریب آلفای کرونباخ ۷۰ درصد به دست آمد و در همان مطالعه پایایی آزمون-بازآزمون صورت گرفت که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن بود^(۳۴). به منظور بررسی پایایی این ابزار، با نظر مشاور آمار، پرسش نامه توسط ۱۵ نفر از مسمومین واجد شرایط (غیر از نمونه‌های اصلی پژوهش) تکمیل شدند و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برابر ۰/۷۰ بود که مورد تأیید قرار گرفت.

پس از تصویب پروپوزال و کسب تأییدیه کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران (IR.IUMS.REC.1397.791) و اخذ مجوز اجرای پژوهش از دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، به مرکز آموزشی درمانی لقمان حکیم مراجعه و پس از کسب اجازه نمونه‌گیری آغاز شد. به دلیل آن که

جدول ۱: مشخصات جمعیت شناختی شرکت کنندگان و شاخص های عددی قصد یاری جویی از منابع رسمی بر حسب مشخصات جمعیت شناختی در افراد مورد مطالعه

		مشخصات جمعیت شناختی				
نتایج آزمون	انحراف معیار	میانگین	فراوانی (درصد)	قصد یاری جویی از منابع رسمی		
$t = -0/456$	$df = 128$	۱/۲۱	۲/۴۹	(۷۶/۹)۱۰۰	زن	جنس
$P = 0/649$		۱/۱۱	۲/۶۰	(۲۳/۱)۳۰	مرد	
$F = 0/653$		۱/۲۰	۲/۷۱	(۲۴/۶)۳۲	۱۸ و ۱۹	سن
$P = 0/583$		۱/۲۳	۲/۵۱	(۴۲/۳)۵۵	۲۰-۲۹	
$r = -0/022$		۱/۰۹	۲/۲۹	(۲۳/۸)۳۱	۳۰-۳۹	
$P = 0/803$		۱/۲۴	۲/۵۹	(۹/۲)۱۲	>۴۰	
$F = 0/373$		۱/۲۳	۲/۳۲	(۲۱/۵)۲۸	زیر دیپلم	تحصیلات
		۱/۱۵	۲/۵۳	(۴۰/۰)۵۲	دیپلم	
$P = 0/773$		۱/۳۹	۲/۶۷	(۱۵/۴)۲۰	فوق دیپلم	
		۱/۰۹	۲/۵۵	(۲۳/۱)۳۰	کارشناسی و بالاتر*	
$F = 2/492$		۱۹/۱	۶۱/۲	(۵۶/۹)۷۴	مجرد	وضعیت تأهل
		۱/۱۴	۲/۵۰	(۳۸/۵)۵۰	متاهل	
$P = 0/087$		۱/۲۲	۱/۵۰	(۴/۶)۶	سایر**	
$t = -0/804$	$df = 128$	۱/۱۵	۲/۴۱	(۳۵/۵)۵۰	شاغل	وضعیت اشتغال
$P = 0/423$		۱/۲۱	۲/۵۸	(۶۱/۵)۸۰	غیرشاغل	
$F = 1/221$		۱/۳۷	۲/۶۰	(۲۳/۸)۳۱	ضعیف	وضعیت اقتصادی
		۱/۱۰	۲/۲۹	(۴۱/۵)۵۴	متوسط	
$P = 0/305$		۰/۸۹	۲/۵۸	(۱۳/۱)۱۷	نسبتاً خوب	
		۱/۲۵	۲/۸۰	(۲۱/۵)۲۸	خوب	
$F = 0/704$		۱/۲۴	۲/۵۸	(۷۲/۳)۹۴	۲	تعداد دفعات اقدام به خودکشی
$P = 0/497$		۰/۸۷	۲/۴۲	(۱۴/۶)۱۹	۳	
$r = -0/062$		۱۷/۱	۲۳/۲	(۱۳/۱)۱۷	*** ≥ 4	
$P = 0/485$						
$t = 2/336$	$df = 128$	۱/۳۱	۳/۱۸	(۱۱/۵)۱۵	بله	سابقه اقدام به خودکشی در اعضای درجه اول خانواده
$P = 0/021$		۱/۱۵	۲/۴۳	(۸۱/۵)۱۱۵	خیر	
$t = -0/049$	$df = 101/788$	۱/۱۰	۲/۵۱	(۵۸/۵)۷۶	بله	سابقه مراجعه به روان شناس و یا مشاور
$P = 0/961$		۱/۳۱	۲/۵۲	(۴۱/۵)۵۴	خیر	
$t = 0/323$	$df = 128$	۱/۱۳	۲/۵۵	(۴۷/۷)۶۲	بله	سابقه مصرف داروهای روان پزشکی تحت نظر پزشک
$P = 0/747$		۱/۲۴	۲/۴۸	(۵۲/۳)۶۸	خیر	
$t = 0/367$	$df = 128$	۱/۲۳	۲/۵۹	(۲۰/۸)۲۷	بله	سابقه بستری در بخش روان پزشکی
$P = 0/714$		۱/۱۸	۲/۴۹	(۷۹/۲)۱۰۳	خیر	

t: آزمون تی مستقل

F: آزمون آنالیز واریانس

r: آزمون همبستگی پیرسون

*کارشناسی ۲۳ (۱۷/۷)، کارشناسی ارشد ۶ (۴/۶)، دکترا ۱ (۰/۸)

**مطلقه ۴ (۳/۱)، بیوه ۲ (۱/۵)

*** ۴ مرتبه (۳/۸)، بیش از ۴ مرتبه (۹/۳)۱۲

که سابقه خانوادگی خودکشی داشته اند، بیشتر بود (جدول شماره ۱). بر اساس نتایج به دست آمده میانگین قصد یاری جویی از منابع رسمی برای افکار خودکشی $1/18 \pm 2/51$ (از دامنه قابل کسب ۷-۱) بود. بیشترین قصد یاری جویی از میان منابع رسمی به ترتیب مربوط به روان شناسان $2/65 \pm 3/78$ ، روان پزشکان $2/58 \pm 3/64$ و خطوط تلفن های امداد اجتماعی $2/08 \pm 2/34$ بود. میانگین و انحراف معیار قصد یاری جویی از منابع رسمی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

از میان متغیرهای جمعیت شناختی، قصد یاری جویی از منابع رسمی با جنس، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، تعداد دفعات خودکشی، سابقه استفاده از خدمات مشاوره و روان شناسی، سابقه استفاده از داروهای روان پزشکی تحت نظر پزشک و سابقه بستری در بخش روان پزشکی ارتباط آماری معنی دار نداشت. تنها متغیری که با قصد یاری جویی از منابع رسمی ارتباط معنی دار آماری داشت، سابقه اقدام به خودکشی در اعضای درجه اول خانواده بود ($P=0/021$) و میانگین نمره قصد یاری جویی از منابع رسمی در افرادی

جدول شماره ۲: شاخص های عددی قصد یاری جویی از منابع رسمی در افراد مورد مطالعه

متغیر	کمینه	بیشینه	میانگین	انحراف معیار
قصد یاری جویی از منابع رسمی	۱	۵/۱۴	۲/۵۱	۱/۱۸
تماس با شماره های امداد اجتماعی (۱۲۳)	۱	۷	۲/۳۴	۲/۰۸
پزشک عمومی	۱	۷	۲/۰۴	۱/۹۵
روان پزشک	۱	۷	۳/۶۴	۲/۵۸
روان شناس	۱	۷	۳/۷۸	۲/۶۵
معلم / استاد	۱	۷	۱/۹۱	۱/۸۸
روحانی یا رهبر مذهبی	۱	۷	۱/۷۳	۱/۷۶
اینترنت	۱	۷	۲/۱۴	۲/۲۸

بحث و نتیجه گیری

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین قصد یاری جویی از منابع رسمی برای افکار خودکشی $1/18 \pm 2/51$ (از دامنه قابل کسب ۷-۱) بود که نشانگر قصد پایین یاری جویی از منابع رسمی در افرادی که مجدداً اقدام به خودکشی نموده اند، بود. یافته های این پژوهش با نتایج مطالعات Oexle و همکاران در افراد با سابقه اقدام به خودکشی در شیکاگو آمریکا، Wilks و همکاران در جمعیت عمومی بزرگسالان ایالات متحده آمریکا، Yap و همکاران در جوانان جمعیت عمومی استرالیا، Han و همکاران در دانشجویان استرالیایی و چینی، Dervic و همکاران در دانش آموزان دبیرستانی کشور مجارستان و نتایج مرور نظام مند مطالعات یاری جویی در جوانان با افکار یا سابقه اقدام به خودکشی جامعه بین الملل که توسط Michelmore و Hindley انجام

شد و همگی قصد یاری جویی از منابع رسمی در زمان افکار خودکشی را پایین نشان دادند، همخوان می باشد. در راستای پژوهش حاضر بر اساس نتایج مطالعه Cryer و همکاران در دانشجویان علوم پزشکی استرالیایی، قصد یاری جویی از روحانیون و اینترنت پایین بود (۱۷،۳۰،۳۱،۳۵-۹،۱۵).

نتایج این پژوهش با نتایج مطالعه Kearns و همکاران در دانشجویان ایرلندی که بیشتر آنان سابقه افکار یا اقدام به خودکشی داشتند که تجربه یاری جویی از منابع رسمی را بالا نشان داد و مطالعه Frey و همکاران در آمریکا که میزان تماس با منابع یاری جویی رسمی در افرادی که سابقه رفتارهای خودکشی داشتند را بالا گزارش نمود، هم راستا نمی باشد. نتایج مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Han و همکاران در دانشجویان چینی و استرالیایی، Chan و

است. مسأله قابل پذیرش بودن خودکشی در جوامع، کاملاً بستگی به نوع دینی دارد که در آن جا پرستش می‌شود. افشای اقدام به خودکشی، مخصوصاً در جوامعی که خودکشی در میان مردم آن جا و یا در قانون شریعت ممنوع می‌باشد، افراد را در معرض انگ و برچسب بی‌اعتقادی، نداشتن ایمان، شامل رحمت خداوند نشدن و دور بودن از خدا قرار می‌دهد^(۳۹). همچنین دیدگاه خود شخص نسبت به خودکشی نیز بر قصد یاری جویی تأثیرگذار است. افرادی که موقعیتی را به عنوان یک بیماری روان تعریف می‌کنند تمایل بیشتری به یاری جویی از روان پزشک دارند^(۲۹).

قصد یاری جویی از هر منبع، بازتاب طرز برخوردی این اشخاص با فرد می‌باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر اگرچه قصد یاری جویی از منابع رسمی پایین بود ولی قصد یاری جویی از متخصصین بهداشت روان در مقایسه با سایر منابع بالاتر بود. بر اساس نتایج مطالعه Olivari و Guzman-Gonzalez در افراد جوان با میانگین سنی ۱۷ سال در شیلی، قصد یاری جویی از تمامی منابع در مقایسه با این پژوهش بالاتر بود ولی قصد یاری جویی روان پزشک با مطالعه حاضر مساوی بود. قصد یاری جویی در پژوهش حاضر در مقایسه با مطالعه Han و همکاران در دانشجویان استرالیایی و چینی از روان پزشک بالاتر و در مقایسه با مطالعه Barney و همکاران در بزرگسالان جمعیت عمومی استرالیا از روان شناس و روان پزشک نیز بالاتر بود. علاوه بر این، بر اساس یافته‌های این مطالعه قصد یاری جویی از روان شناس نسبت به روان پزشک بالاتر بود که با نتایج مطالعه Rusch و همکاران در جوانان در معرض خطر سایکوز در سوییس، Barney و همکاران، Han و همکاران و Olivari و Guzman-Gonzalez هم راستا می‌باشد^(۲۶،۳۱،۳۳،۴۰).

بر اساس مطالعه حاضر بر خلاف متخصصین بهداشت روان، قصد یاری جویی از پزشک عمومی پایین‌تر و جزء اولویت‌های آخر بود که با نتایج مطالعات Blais و Renshaw در نظامیان آمریکایی بازگشته از جنگ،

همکاران در دانشجویان دانشگاه‌های استرالیا و Hollinger و همکاران در دانش آموزان مقطع راهنمایی پنسیلوانیای آمریکا که قصد یاری جویی از منابع رسمی برای افکار خودکشی را بالا گزارش نمودند و مطالعه Calcar و همکاران در بزرگسالان جمعیت عمومی استرالیا که نشان داد قصد یاری جویی از منابع رسمی در زمان افکار خودکشی در سطح متوسط بود هم راستا نمی‌باشد. همچنین با یافته‌های مطالعه Olivari و Guzman-Gonzalez در افراد جوان با میانگین سنی ۱۷ سال در شیلی که میانگین قصد یاری جویی از منابع رسمی برای افکار خودکشی را ۳/۴۰ و بالاتر از این مطالعه نشان داد، هم سو نمی‌باشد^(۱۱،۱۴،۲۷،۲۸،۳۳،۳۶،۳۷).

در تبیین پایین بودن قصد یاری جویی در اقدام کنندگان به خودکشی در مطالعه حاضر باید اشاره کرد که عوامل فردی، اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی و مذهبی بر قصد یاری جویی تأثیر می‌گذارند. افراد تمایل به قبول نگرش‌های غالب و نظام اعتقادی جامعه دارند که منجر به ایجاد ذهنیتی می‌شود که قصد یاری جویی پایین‌تر یا بالاتر برای مشکلات روان شناختی دارد^(۱۳). نگرانی در مورد هزینه‌ها و تدارکات و عدم اعتماد به ارائه دهندگان خدمات بهداشت روان نیز منجر به کاهش قصد یاری جویی از منابع رسمی می‌شود^(۳۸). تفاوت‌های فرهنگی نیز بر قصد یاری جویی تأثیرگذار است. به عنوان مثال نتایج مطالعه Han و همکاران نشان داد در زمان افکار خودکشی قصد یاری جویی از منابع رسمی در دانشجویان چینی از استرالیایی بالاتر بود^(۳۷). در فرهنگ ایرانی-اسلامی، خودکشی، امری ناپسند تلقی می‌شود. فرار از انگ و سرزنش دیگران، باعث پنهان کردن خودکشی توسط این افراد و خانوادهاشان می‌شود. ترس از عدم پذیرش اقدام به خودکشی با هنجارهای اجتماعی مرتبط است. در برخی جوامع، برخی رفتارها غیرقابل پذیرش است و هیچ چیزی نمی‌تواند این اقدامات را توجیه کند. زندگی در جامعه سنتی، به افراد آموخته است که شایعات منتشر می‌شوند. اولین قضاوت افراد درباره زنان اقدام کننده به خودکشی، برچسب رابطه جنسی نامشروع

مورد صلاحیت بالینی معلمان و اساتید بر قصد یاری جویی از آنان تأثیر منفی می‌گذارد^(۱۲). قصد بسیار پایین یاری جویی از منبع روحانیون و اساتید نگران کننده است زیرا این افراد مشوق، حمایت کننده و ارجاع دهنده و دروازه مراقبت‌های بهداشت روان تخصصی هستند.

در مقایسه بین افکار خودکشی با سایر مشکلات هیجانی و شخصی، افزایش شدت افکار خودکشی با کاهش قصد یاری جویی از منابع رسمی ارتباط معنی‌دار دارد ولی منجر به افزایش قصد یاری جویی از اینترنت و خطوط تلفن‌های امداد اجتماعی می‌شود^(۱۲،۳۲). در این مطالعه به نظر می‌رسد که غنی و کارآمد نمودن محتوای سایت‌ها و شبکه‌های اجتماعی فارسی زبان منجر به افزایش قصد یاری جویی از این منبع خواهد شد. به تازگی، "خود یاری" به عنوان یک حوزه مورد توجه قرار گرفته است که به دلیل فرصت‌های رو به رشد برای استفاده از فن آوری‌های ارتباطی مرتبط با رایانه برای حمایت از سلامت روان می‌باشد^(۴۴). بنابراین، کمک می‌تواند از منابعی که نیاز به تماس مستقیم با افراد دیگر ندارند، مانند اینترنت طلب شود. به نظر می‌رسد در این مطالعه افراد نیازمند آشنایی بیشتر با این منبع یاری جویی می‌باشند و بیشترشان اطلاعی از خدمات این گونه خطوط امدادی در پیشگیری از خودکشی ندارند.

از میان عوامل جمعیت شناختی بین قصد یاری جویی از منابع رسمی با جنسیت، سن، تحصیلات، وضعیت تأهل، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی و تعداد دفعات خودکشی ارتباط معنی‌دار وجود نداشت و قصد یاری جویی از منابع رسمی در تمامی افراد دسته بندی‌های مختلف متغیرهای مذکور پایین بود. این یافته می‌تواند نشانگر درک موانع یاری جویی از منابع رسمی در این افراد مانند احساس ناراحتی از مطرح کردن مشکلات با دیگران و نگرانی درباره محرمانه ماندن^(۴۵) به صورت مشابه باشد. بر اساس نتایج مطالعه حاضر تنها متغیری که با قصد یاری جویی از منابع رسمی ارتباط معنی‌دار آماری داشت سابقه اقدام به خودکشی در افراد درجه اول خانواده بود که نشان داد میانگین نمره قصد یاری جویی از منابع رسمی در

Wilson و همکاران در دانش آموزان دبیرستانی استرالیا و Calear و همکاران در بزرگسالان جمعیت عمومی استرالیا که به بالاتر بودن قصد یاری جویی از متخصصین سلامت روان در مقایسه با پزشکان عمومی اشاره دارند، هم سو می‌باشد اما با نتایج مطالعات Taylor-Rodgers و Batterham در جوانان جمعیت عمومی استرالیا، Barney و همکاران در بزرگسالان جمعیت عمومی استرالیا و هر دو مطالعه Pattyn و همکاران در سال‌های ۲۰۱۳ و ۲۰۱۴ در جمعیت عمومی بلژیک که قصد یاری جویی از پزشک عمومی در مقایسه با روان شناس و روان پزشک را بالاتر نشان دادند، هم راستا نمی‌باشد^(۴۲)-^(۲۷،۲۹،۳۰،۳۲،۴۰). این تفاوت ممکن است بیانگر تفاوت‌های بین المللی در پیکربندی و دسترسی به خدمات باشد. اگر چه قصد بسیار پایین یاری جویی از پزشکان عمومی و این که بیماران موانعی را در رابطه با افشاء افکار خودکشی برای چنین منبع در دسترسی تجربه نمایند، نگران کننده است زیرا آنان دروازه بان‌هایی هستند که مسئولیت‌های حرفه‌ای مرتبط با مراجعین را دارند و به احتمال زیاد، رفتارهای ارجاعی و قصد یاری جویی از منابع رسمی برای درمان را افزایش می‌دهند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پایین‌ترین قصد یاری جویی به ترتیب مربوط به روحانی یا رهبر مذهبی، معلم یا استاد و پزشک عمومی بود. به دلیل ماهیت مذهبی جوامعی مانند جامعه ما، روحانیون نقش مهمی در برخورد با افراد دچار بیماری روان و خانواده‌های آنان دارند که البته به ندرت در رسیدگی به موضوعات سلامت روان آموزش رسمی دیده اند. اگر دوره‌های آموزشی با هدف آشنایی با موضوعات سلامت روان برای روحانیان طراحی و برگزار شود، آن‌ها می‌توانند برای ترغیب بیماران و خانواده‌های آن‌ها برای یاری جویی از منابع رسمی در صورت ضرورت، کمک های مؤثری نمایند^(۴۳). همچنین قصد یاری جویی از معلم یا استاد در زمان افکار خودکشی در این مطالعه در مقایسه با نتایج مطالعات Wilson و همکاران و Olivari و Guzman-Gonzalez پایین‌تر بود^(۳۲،۳۳). نگرانی در

برای پیشگیری از خودکشی، سرمایه گذاری برای ایجاد یک تصویر مثبت از مراقبت‌های بهداشت روان مهم است و باید آن را در حد امکان در دسترس کسانی که نیاز به یاری جویی از منابع رسمی دارند قرار داد.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، قصد یاری جویی از منابع رسمی در افراد با سابقه اقدام به خودکشی مجدد، پایین بود که نشانگر نیاز مبرم به تلاش برای ارتقای یاری جویی در این افراد که در معرض خطر بالای اقدام مجدد به خودکشی و خودکشی موفق هستند^(۶) می‌باشد. زیرا از دیدگاه پیشگیری از خودکشی، یاری جویی مناسب، دارای توانایی محافظت از فرد در برابر خطرات ناشی از پیشرفت افکار خودکشی می‌باشد و دسترسی به کمک‌های روان شناختی حرفه‌ای را تسهیل می‌کند^(۱۲).

بنابراین می‌توان با اقداماتی نظیر عادی سازی یاری جویی از منابع رسمی^(۶)، تحت پوشش بیمه قرار دادن خدمات سلامت روان، تقویت مهارت‌های ارتباطی در خانواده افرادی که سابقه خودکشی دارند به عنوان تسهیل کننده یاری جویی از منابع رسمی و آموزش، شناسایی و ارجاع به افراد در دسترس مانند مدرسین، روحانیون و همچنین آشنایی افراد با منابع مختلف یاری جویی مانند خطوط تماس امداد اجتماعی و کمپین‌های رسانه‌ای برای افزایش یاری جویی، دسترسی افراد به منابع یاری جویی را تسهیل نمود. علاوه بر این باید موانع یاری جویی در افراد اقدام کننده به خودکشی شناسایی و رفع شوند.

بر خلاف بسیاری از عوامل عمده خطر خودکشی مانند عوامل اقتصادی-اجتماعی، عوامل نگرشی مانند قصد یاری جویی را می‌توان در چارچوب سیاست‌های پیشگیری از خودکشی با توجه به تفاوت‌های منطقه در راستای افزایش دسترسی و مقبولیت خدمات بهداشت روان هدف گذاری و تنظیم کرد^(۷). افراد در معرض خطر خودکشی به مداخلات توسعه یافته در جهت بهبود مراقبت‌های بهداشت روان به ویژه در مراقبت‌های اولیه برای تشویق یاری جویی سریع‌تر و از منابع مناسب نیاز دارند^(۱۲) که می‌توان از دانش و مهارت کارشناسان ارشد روان پرستاری در بیمارستان

افرادی که سابقه خانوادگی خودکشی داشته‌اند، بیشتر بود که با نتایج مرور نظام مند مطالعات یاری جویی در جوانان با افکار یا سابقه اقدام به خودکشی جامعه بین الملل که توسط Hindley و Michelmore انجام شد نیز همخوان می‌باشد^(۳۰). در تبیین این یافته به نظر می‌رسد موانع یاری جویی از منابع رسمی در این افراد کمتر باشد به عنوان مثال در زمان یاری جویی از جانب شبکه اجتماعی شان انگ کمتری به آنان زده می‌شود و یا شاید دلیل دیگر آن جدی‌تر گرفته شدن افکار خودکشی توسط آنان و بنابراین ادراک مفید بودن خدمات بهداشت روان توسط آنان باشد. همچنین بر اساس نتایج این مطالعه، بین سابقه استفاده از خدمات مشاوره و روان شناسی، سابقه استفاده از داروهای روان پزشکی تحت نظر پزشک و سابقه بستری در بخش روان پزشکی با قصد یاری جویی از منابع رسمی ارتباط آماری معنی دار وجود نداشت و قصد یاری جویی از منابع رسمی در تمامی افراد دسته بندی‌های متغیرهای مذکور پایین بود. به نظر می‌رسد که موانع درک شده برای دریافت کمک از متخصصان در افراد بدون سابقه دریافت کمک روان شناختی یا موانع تجربه شده در افرادی که سابقه دریافت کمک روان شناختی را داشته‌اند منجر به کاهش قصد یاری جویی رسمی شده است. در همین راستا نتایج مطالعه مروری Rickwood و همکاران که با هدف کشف عوامل مؤثر بر یاری جویی برای مشکلات سلامت روان در جوانان استرالیایی انجام شد نشان داد که کیفیت و مفید بودن درک شده و ارزیابی مطلوب از تجربه قبلی مراقبت های بهداشت روان منجر به افزایش قصد یاری جویی از منابع رسمی و ارزیابی‌ها، اعتقادات و نگرش‌های منفی و موانع گزارش شده برای کمک‌های روان شناختی حرفه‌ای منجر به کاهش قصد یاری جویی از منابع رسمی می‌گردد^(۱۲).

در مطالعه حاضر فقط حدود نیمی از افرادی که سابقه اقدام به خودکشی داشتند، سابقه مراجعه به روان شناس یا مصرف داروهای روان تحت نظر پزشک را داشتند که در آنان نیز قصد یاری جویی از منابع رسمی پایین بود. بنابراین

پژوهشگر سعی نمود پس از برقراری ارتباط با تشویق کلامی مشارکت آنان جلب شود. با توجه به تحقیقات محدود در زمینه قصد یاری جویی برای افکار خودکشی مخصوصاً در ایران، در عناوین پژوهشی باید به این متغیر بیش از پیش توجه شود. تحقیقات آینده باید شامل سنجیدن رفتار یاری جویی در افرادی که سابقه اقدام به خودکشی دارند مخصوصاً توسط اقدامات طولی بلند مدت باشد. پژوهش حاضر برای مداخلات پرستاری به منظور افزایش یاری جویی لازم می باشد و باید مداخلاتی برای ارتقای یاری جویی برای افکار خودکشی در جامعه طراحی گردد. با توجه به آن که رسانه‌های دیجیتال در حال تبدیل شدن به ابزاری قدرتمند برای افراد با سابقه خودکشی، به منظور از بین بردن موانع انزوا و اجازه دادن برای تعامل اجتماعی می‌باشند، مداخلات با استفاده از این فرصت‌ها برای تحقیقات آینده پیشنهاد می‌شود.

تعارض منافع: هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

تقدیر و تشکر

این مقاله بخشی از طرح پژوهشی پایان نامه کارشناسی ارشد روان پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد ۱۲۴۲۵ می‌باشد. از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی ایران که تصویب طرح و حمایت مالی آن را بر عهده داشتند تشکر و قدردانی می‌گردد. نویسندگان مراتب تقدیر و تشکر خود را از واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان لقمان حکیم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت پشتیبانی و همکاری در طول دوره مطالعه اعلام می‌دارند. همچنین پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از زحمات و همکاری صمیمانه تمام افراد شرکت کننده در مطالعه سپاسگزاری و قدردانی نمایند.

هایی که افراد اقدام کننده به خودکشی معمولاً به آن جا انتقال داده می‌شوند و یا در بخش‌های روان پزشکی به منظور برگزاری کلاس‌های آموزشی برای این مددجویان با هدف ارتقای آگاهی در مورد خودکشی و مزایای یاری جویی از هر یک از منابع بهره برد. همچنین برگزاری برنامه های آموزشی در محیط‌های کاری، آموزشی، بالینی و غیره توسط روان پرستاران به منظور بهبود نگرش‌های افراد نسبت به صحبت در مورد تنش‌ها و افکار خودکشی و به منظور توانمند نمودن شرکت کنندگان به عنوان یاری رسان و دروازه‌ای برای مراقبت‌های بهداشت روان تخصصی پیشنهاد می‌گردد. حمایت مطلوب و مراقبت بهداشت روان باید جنبه‌های اجتماعی و ساختاری مشکلات افراد از جمله مشکلات فرد قبل از اقدام به خودکشی را به عنوان منبع خودکشی آنان لحاظ نماید^(۸) تا برای ایجاد انگیزه یاری جویی مؤثرتر باشند. بنابراین برای افراد باید این پیام واضح ارسال شود که هیچ مشکلی اگر باعث پریشانی شود کم اهمیت نیست و کمک‌های حرفه‌ای یک راه خوب برای شروع کاهش پریشانی به ویژه در زمینه خودکشی است^(۱۲). نتایج این مطالعه می‌تواند به سیاست‌ها، ارائه خدمات و راهبردهای ارتقاء سلامت روان به منظور حمایت بیشتر از بهزیستی جامعه و کاهش خودکشی ساختار بخشیده و به جهت گیری‌های بعدی سازمان‌هایی که برای فعالیت‌ها و کمپین‌های آگاهی بخشی عمومی برای خودکشی برنامه ریزی می‌کنند، کمک نماید.

از محدودیت‌های اجرایی این طرح می‌توان به این اشاره کرد که مراجعین به بیمارستان مورد نظر با روش مسمومیت اقدام به خودکشی نموده بودند و افرادی که با دیگر روش‌ها اقدام به خودکشی نموده‌اند، در مطالعه حضور نداشتند. اگر چه برخی از واحدهای پژوهش، سابقه خودکشی قبلی با روش‌های دیگر را نیز داشتند. تأثیر حالات روانی و بی حوصلگی برخی بیماران هنگام پاسخ گویی به سئوالات پرسش نامه‌ها از دیگر محدودیت‌های این طرح بود که

References

1. Boyd MA. psychiatric nursing(contemporary practice). 6th ed. Illinois: Wolters kluwer; 2018.
2. WHO. Suicide prevention. Geneva: The Organization;2019. Available from: <https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=overview>. Accessed sep 25 ,2019.
3. Naghavi M. Global, regional, and national burden of suicide mortality 1990 to 2016: systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *bmj*. 2019;364(194):1-11.
4. Compare GB. Viz Hub. Institute for Health Metrics and Evaluation [website]. Seattle, WA: Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington. 2019. Available from: <https://gbd2016.healthdata.org/gbd-compare/>. 2019.
5. IRNA. Access to mental health services reduces suicide. Tehran: News Agency; 2019. Available from: <https://www.irna.ir/news/83466055/> Accessed sep 5 ,2019. [Persian]
6. Cleary A. Help-seeking patterns and attitudes to treatment amongst men who attempted suicide. *J Ment Health*. 2017;26(3):220-4.
7. Shaker SH, Kasnaviyyeh SM, Ghafouri HB, Tavakkoli N, Yasinzadeh M, Masoumi G, Chahardovali M, Amiri H, Attaran H, Koohestani L, Noughan ZE. XML Epidemiological survey of the attempted suicide patients admitted at Hazrat Rasoul Hospital in Tehran 2007-2011. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2017;23(1):7-15. [Persian]
8. Frey LM, Hans JD, Cerel J. Suicide disclosure in suicide attempt survivors: Does family reaction moderate or mediate disclosure's effect on depression?. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;46(1):96-105.
9. Oexle N, Herrmann K, Staiger T, Sheehan L, Rüsche N, Krumm S. Stigma and suicidality among suicide attempt survivors: a qualitative study. *Death studies*. 2018;43(6):381-8.
10. Scocco P, Castriotta C, Toffol E, Preti A. Stigma of Suicide Attempt (STOSA) scale and Stigma of Suicide and Suicide Survivor (STOSASS) scale: two new assessment tools. *Psychiatry Research*. 2012;200(2-3):872-8.
11. Kearns M, Muldoon OT, Msetfi RM, Surgenor PW. Understanding help-seeking amongst university students: the role of group identity, stigma, and exposure to suicide and help-seeking. *Frontiers in psychology*. 2015;6(1462):1-8.
12. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi J. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-journal for the Advancement of Mental health*. 2005;4(3):218-51.
13. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Attitudes and stigma in relation to help-seeking intentions for psychological problems in low and high suicide rate regions. *Soc Psych Psychiat Epidemiol*. 2014;49(2):231-9.
14. Chan WI, Batterham P, Christensen H, Galletly C. Suicide literacy, suicide stigma and help-seeking intentions in Australian medical students. *Australasian Psychiatry*. 2014;22(2):132-9.
15. Yap MB, Reavley NJ, Jorm AF. Associations between stigma and help-seeking intentions and beliefs: Findings from an Australian national survey of young people. *Psychiatry Research*. 2013;210(3):1154-60.
16. Cryer RE, Calear AL, Batterham PJ, Patel SR. Suicide, mental, and physical health condition stigma in medical students. *Death studies*. 2020 2;44(4):230-6.
17. Dervic K, Akkaya-Kalayci T, Friedrich MH, Csorba J, Tringer L, Rozsa S, Lenz G. Attitudes toward suicide and help-seeking in Hungarian adolescents [5]. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry*. 2005;44(7):628-9.
18. Rimkeviciene J, Hawgood J, O'Gorman J, De Leo D. Personal stigma in suicide attempters. *Death studies*. 2015;39(10):592-9
19. Bidel Z, Nazarzadeh M, Ayubi E, Sayehmiri K. Prevalence of important poisoning methods used in Iranian suicides: a systematic review and meta-analysis. *Koomesh*. 2013;14(3):257-64. [Persian]
20. Daliri S, Bazayr J, Sayehmiri K, Delpisheh A, Sayehmiri F. Investigation of the Incidence rate of suicide in Iran During Years 2001-2014 A Systematic Review and Meta-analysis study. *JOURNAL OF SHAHID SADOUGHI UNIVERSITY OF MEDICAL SCIENCES AND HEALTH SERVICES* . 2016;24(9):748-56. [Persian]
21. Kashfi SM, Yazdankhah M, Khani Jeihooni A, Motamedi MJ, Babaei Heydarabadi A, Vejdani M. Study of Important Risk Factors of Suicide Attempts in Patients Admitted to Hospitals Covered by Shiraz University of Medical Sciences. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2016;23(4):634-43. [Persian]

22. Monsef Kasmaie V, Asadi P, Maleki Ziabari SM. A Demographic study of suicide methods in the patients aided by emergency Paramedics Guilan. *Journal of Guilan University of Medical Sciences*. 2013;22(87):31-7. [Persian]
23. Shokrzadeh M, Hoseinpoor R, Hajimohammadi A, Delaram A, Shayeste Y. Epidemiological survey of suicide attempt by drug poisoning in Gorgan, Iran, 2008 to 2015. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2016;26(143):201-10. [Persian]
24. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C, Bracke P. Medicalizing versus psychologizing mental illness: what are the implications for help seeking and stigma? A general population study. *Soc Psych Psychiat Epidemiol*. 2013;48(10):1637-45.
25. Pattyn E, Verhaeghe M, Sercu C, Bracke P. Public stigma and self-stigma: Differential association with attitudes toward formal and informal help seeking. *Psychiatric Services*. 2014;65(2):232-8.
26. Rüscher N, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D, Müller M, Paust T, Corrigan PW, Walitza S, Rössler W. Attitudes towards help-seeking and stigma among young people at risk for psychosis. *Psychiatry Research*. 2013;210(3):1313-5.
27. Caelear AL, Batterham PJ, Christensen H. Predictors of help-seeking for suicidal ideation in the community: risks and opportunities for public suicide prevention campaigns. *Psychiatry Research*. 2014;219(3):525-30.
28. Hollinger JM. Adolescent Attitudes Toward and Perceptions of Suicide, Stigma, and Help-Seeking Behavior. Unpublished PhD.Thesis, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. 2016.
29. Ko J. Help-seeking pathway among working-age adults with suicidal ideation: testing the integrated model of suicide help-seeking. *Social work in public health*. 2018;33(7-8):467-82.
30. Michelmore L, Hindley P. Help-seeking for suicidal thoughts and self-harm in young people: A systematic review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012;42(5):507-24.
31. Han J, Batterham PJ, Caelear AL, Ma J. Seeking professional help for suicidal ideation: A comparison between Chinese and Australian university students. *Psychiatry research*. 2018;270:807-14.
32. Wilson CJ, Deane FP, Ciarrochi JV, Rickwood D. Measuring help seeking intentions: properties of the general help seeking questionnaire. *Revue canadienne de counseling*. 2005;39(1):15-28.
33. Olivari C, Guzman-Gonzalez M. Validation of the general help-seeking questionnaire for mental health problems in adolescents. *Revista Chilena de Pediatría*. 2017;88(3):324-31.
34. Zeinali E. Assessment of relationship between medication adherence with coping strategies and help-seeking among clients with chronic Heart failure. Unpublished master of psychiatric nursing. dissertation, Iran University of Medical Sciences. 2017. [Persian]
35. Wilks CR, Coyle TN, Krek M, Lungu A, Andriani K. Suicide ideation and acceptability toward online help-seeking. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2018;48(4):379-85.
36. Frey LM, Hans JD, Cerel J. Perceptions of suicide stigma: How do social networks and treatment providers compare?. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*. 2016;37(2):95.
37. Han J, Batterham PJ, Caelear AL, Wu Y, Xue J, van Spijker BA. Development and pilot evaluation of an online psychoeducational program for suicide prevention among university students: A randomised controlled trial. *Internet interventions*. 2018;12:111-20.
38. Lueck JA. What's the risk in seeking help for depression? Assessing the nature and pleasantness of outcome perceptions among individuals with depressive symptomatology. *Health Educ Behav*. 2019;46(3):463-70.
39. Azizpour M, Taghizadeh Z, Mohammadi N, Vedadhir A. Fear of stigma: The lived experiences of Iranian women after suicide attempt. *Perspectives in psychiatric care*. 2018;54(2):293-9.
40. Barney LJ, Griffiths KM, Jorm AF, Christensen H. Stigma about depression and its impact on help-seeking intentions. *Aust New Zealand J Psychiatry*. 2006;40(1):51-4.
41. Taylor-Rodgers E, Batterham PJ. Evaluation of an online psychoeducation intervention to promote mental health help seeking attitudes and intentions among young adults: randomised controlled trial. *J Affect Disord*. 2014;168:65-71.
42. Blais RK, Renshaw KD. Stigma and demographic correlates of help-seeking intentions in returning service members. *J Traumatic Stress*. 2013;26(1):77-85.

43. Mahdizadeh M, khosravi Z, editors. A Review of the Stigmatization in the Iranian Community and Muslim World: 2017: Proceedings of The First International Conference on Culture, Psychopathology and Education; 2017 May 3-4 ,Iran; Tehran: Alzahra University; 2017. [Persian]
44. Rickwood D, Thomas K. Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychol Res Behavr Manag.* 2012;5:173.
45. Czyz EK, Horwitz AG, Eisenberg D, Kramer A, King CA. Self-reported barriers to professional help seeking among college students at elevated risk for suicide. *J Am College Health.* 2013;61(7):398-406.
46. Tucker JR, Hammer JH, Vogel DL, Bitman RL, Wade NG, Maier EJ. Disentangling self-stigma: Are mental illness and help-seeking self-stigmas different?. *J Couns Psychol.* 2013;60(4):520.
47. Reynders A, Kerkhof AJ, Molenberghs G, Van Audenhove C. Stigma, attitudes, and help-seeking intentions for psychological problems in relation to regional suicide rates. *Suic Life-Threat Behav.* 2016;46(1):67-78.
48. Weiss MG, Parkar SR. Facets of clinical stigma after attempted suicide in Mumbai, India. *Anthropol Med.* 2020;27(2):212-33.